

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

32

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juin 1906, à 1 heure

PAR

Louis DRUAIS

De l'Embolie Pulmonaire

Dans L'APPENDICITE

Président : M. BERGER, professeur

Juges { MM. DEBOVE, professeur
DIEULAFOY, professeur
HARTMANN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHIET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIASDUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophthalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Affectueux souvenir.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

De l'Embolie Pulmonaire dans l'Appendicite

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail nous tenons à remercier sincèrement, nos anciens maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes.

M. Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole.

MM. Dayot et Bertheux, maîtres bienveillants chez qui nous avons passé nos années d'externat, les meilleures et les plus instructives de notre vie, et dont l'enseignement méthodique restera toujours gravé dans notre mémoire.

Que MM. Perret, Bodin, Le Moniet, Follet, Lhuisier, Lauthier et Veron daignent accepter l'hommage de notre entière reconnaissance.

Nous n'oublierons pas notre vieil oncle, le Dr Codet, notre premier maître, qui nous initia, dans ses

longues courses auprès des malades, aux douceurs de la langue latine et qui, malgré son grand âge, nous donne encore l'exemple du dévouement professionnel.

Que M. le professeur Berger reçoive l'expression de notre respectueuse gratitude, pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

L'appendicite est certainement, l'une des affections les plus fertiles en incidents et en complications.

Celles-ci, très souvent locales (telles que perforation, gangrène de l'appendice, péritonite), siègent quelquefois très loin du lieu d'infection. Les suppurations métastatiques du foie, de la parotide, du poumon et de la plèvre, les hémorragies de l'estomac, les lésions vasculaires et cardiaques témoignent de la malignité de cette affection et sont bien faites, par la variété de leur siège, pour dérouter le praticien.

L'une d'elles, sans être très fréquente, l'embolie pulmonaire, n'en est cependant pas moins très intéressante à connaître.

Elle apparaît si bruyamment, si inopinément, alors que tout semblait aller à souhait, qu'il est bon d'être prévenu de son existence pour pouvoir enrayer ses mauvais effets et parer, autant que possible, à ses accidents.

L'étude de l'embolie pulmonaire, comme complication de l'appendicite, est de date toute récente. Nous retrouvons, çà et là, éparses, quelques observations d'embolies, dans les thèses qui nous ont précédé et dans la littérature médicale.

Il nous a paru intéressant de rassembler tous ces faits en y ajoutant quelques faits nouveaux.

Nous retracerons donc brièvement les caractères principaux de cette affection.

Nous la distinguerons, des lésions pulmonaires connexes avec lesquelles on pourrait la confondre et, en particulier, des lésions pulmonaires imputées à l'anesthésie générale.

L'étude de sa pathogénie, basée sur des considérations anatomo-pathologiques, nous permettra de faire quelques déductions thérapeutiques.

Ce travail ne sera assurément qu'un essai sur la question, car nous nous appuyons malheureusement trop souvent sur des hypothèses et non sur des faits renforcés par le contrôle de l'autopsie.

Et de plus, parce qu'il nous manque la première des qualités qu'il conviendrait d'avoir pour mener à bien ce sujet : la science d'une longue pratique chirurgicale.

Aussi remercions-nous très vivement, tous ceux qui, nous aidant de leur expérience personnelle, nous ont facilité ce travail par leurs observations et leurs bons conseils.

CHAPITRE I

Définition. — Description

Etudiée expérimentalement par Virchow, l'embolie pulmonaire a été nettement définie par les travaux de Conheim, de Duguet, de Luzzato et Balzer, et elle nous apparaît maintenant comme un accident bien connu et très polymorphe.

Nous la retrouvons d'ailleurs avec toutes ses nuances dans l'appendicite.

Tantôt, rapidement mortelle, lorsque l'embolus vient s'échouer sur l'origine ou sur les grosses ramifications de l'artère pulmonaire.

Tantôt bénigne, lorsque le caillot entraîné par le courant sangnin s'arrête au niveau des capillaires pulmonaires.

Tantôt enfin insidieuse, lorsque le caillot migrant, malgré son faible volume, est chargé d'éléments septiques.

Grosse embolie.

La grosse embolie a toujours un début brusque, foudroyant. Quelquefois le malade pâlit et meurt en quelques secondes, sans que rien n'eût fait prévoir cette fatale terminaison.

C'est la forme syncopale.

Le plus souvent le dénouement, quoique mortel, n'est pas aussi rapide, et nous assistons au tableau de la forme asphyxique.

« La face se cyanose, les yeux sortent de l'orbite, les pupilles se dilatent, les veines jugulaires sont tumescences. La dyspnée est extrême. L'inspiration est profonde, la bouche largement ouverte, les narines dilatées.

« Bien que l'air pénètre dans les alvéoles, l'oppression ne cesse pas : elle s'accompagne d'angoisse extrême et de sensation de mort prochaine.

« On peut observer de la douleur précordiale ou un point de côté. Le cœur bat tumultueusement, puis s'affaiblit.

« Quand l'asphyxie progresse, les téguments deviennent violacés et les extrémités se refroidissent. Le malade garde sa connaissance. Cependant l'on voit, quelquefois, survenir des convulsions généralisées. »
(*In Traité de Brouardel et Gilbert*).

Ces embolies, mortelles, ne sont heureusement pas très fréquentes, et, si nous relisons les statistiques françaises et étrangères, c'est à peine si nous relevons quelques cas de ce genre.

Sonnemburg en cite 2 cas sur des milliers d'interventions.

Roux, 1 cas sur 670 appendicites.

Brehm 1 cas sur 206 appendicites.

Oppenheim 1 cas sur des centaines d'interventions.

En France, quelques morts au cours de l'appendicite ont été signalées dans la discussion de la Société de chirurgie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I, de M. Guinard.

(Thèse de Petit.)

Henri D..., âgé de vingt-deux ans, employé de commerce, souffre continuellement dans la fosse iliaque droite et est sujet à des crises fréquentes, durant chacune trois ou quatre jours.

L'opération est décidée. L'appendice est enlevé très facilement, il est peu adhérent, mais fibreux et oblitéré.

Les suites opératoires sont très normales. La température ne dépasse à aucun moment 37 degrés.

Le sixième jour le malade se soulève sur son lit et meurt instantanément.

OBSERVATION II, de M. Jalaguier.

Jeune homme de seize ans, vu avec M. Moizard, est opéré le 15 mars 1903 seize jours après sa crise.

L'opération permet de découvrir et d'inciser un abcès pelvien volumineux.

Jusqu'au 20 mars état général excellent.

Dans la nuit du 20 au 21 hémorragie qui est promptement arrêtée.

L'enfant s'endort, et l'incident semblait clos, lorsqu'à 2 heures du matin il se réveille, demande à boire, se soulève sur son lit.

Brusquement il se cyanose et meurt.

OBSERVATION III, de M. Tuffier.

Il s'agit ici encore d'une appendicite compliquée d'abcès.

L'opération avait consisté dans l'ouverture d'un foyer purulent iliaque.

Les suites opératoires avaient été bénignes.

Trois jours après l'intervention, M. Tuffier, visitant les salles, venait à peine de dépasser le lit du malade que ce dernier expirait.

L'autopsie permit de découvrir un caillot ancien obturant la branche droite de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION IV, de M. Rochard.

Jeune homme de vingt-deux ans, lequel fut soigné par le traitement médical, et était apyrétique depuis deux jours, lorsque son médecin fut mandé près de lui en toute hâte, et assista à sa mort par embolie pulmonaire.

OBSERVATION V, de M. Reynier.

Jeune homme de trente ans fut opéré d'une appendicite avec abcès rétro-cæcal.

L'abcès fut ouvert le huitième jour.

Le lendemain la fièvre était tombée et l'état général était redevenu excellent.

Quarante-huit heures après mort subite par embolie pulmonaire.

OBSERVATION VI, de M. Routier.

M. Routier raconte l'histoire d'un jeune médecin atteint d'appendicite à forme moyenne, et chez lequel on enleva un appendice sphacélé et entouré d'un petit abcès.

Les suites opératoires furent excellentes ; la fièvre tomba immédiatement de 38°2 à 36°8.

Etant presque convalescent, le malade ressent un violent point de côté à gauche. Il est oppressé ; comme il n'y avait ni crachats, ni signes stéthoscopiques, ni température, l'on pensa à une névralgie intercostale.

Le lendemain, en effet, tous les symptômes étaient disparus et le malade parlait de son départ prochain, que M. Routier ajourne à une huitaine.

Le soir à 9 heures l'opéré parlait avec la sœur ; celle-ci le

quitte très bien portant. Lorsque, une demi-heure après, il la sonne, il asphyxiait. Il mourait au bout de dix minutes.

OBSERVATION VII

(Thèse de Petit.)

Charles V..., trente-huit ans, a trois crises successives d'appendicite.

Il est traité par la glace, la diète hydrique et l'immobilisation.

L'opération a lieu le huitième jour d'apyrexie.

L'appendice, très adhérent au cæcum et de dissection difficile, présente à son extrémité une ouverture, communiquant avec un abcès en voie de résorption.

La température après l'opération n'atteignit jamais 37 degrés.

Le huitième jour les fils sont enlevés ; la plaie est cicatrisée, le ventre est souple.

Le onzième jour le malade se dresse sur son lit pour uriner et est pris brusquement de phénomènes asphyxiques. La mort survint en quelques minutes.

OBSERVATION VIII

(Citée dans le *Journal médical de l'Algérie* et relatée dans la *Revue gynécologique de Pozzi*.)

Malade de vingt-cinq ans présentant tous les signes d'une

appendicite grave, et chez lequel la température atteignait 39 et 40 degrés.

L'on pratique chez lui l'ouverture d'un abcès rétro-cæcal.

La température tombe à 37 degrés. L'état général s'améliore. Mais l'on constata les jours suivants une sortie d'érection que l'on interpréta comme une phlébite des veines en amont.

Quelques jours plus tard le malade est pris d'angoisse, de suffocation, il meurt en vingt-cinq minutes.

OBSERVATION IX (inédite)

(Due à l'obligeance de M. Walter.)

Eugénie B..., vingt-quatre ans, couturière, présente au cours de l'année 1903 une série de troubles digestifs ; vomissements, diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite.

A la fin de juin 1903, se préparant à se rendre à son travail elle est reprise, mais plus violemment cette fois, de douleurs sourdes dans l'abdomen, douleurs mal localisées, de vomissements, elle présente même un peu de fièvre.

Elle garde le lit pendant quinze jours, et tout semble rentrer dans l'ordre.

Se croyant guérie, la malade ne suit aucun régime, lorsque dans les premiers jours de juillet, tout d'un coup, la nuit, elle ressent les mêmes symptômes que précédemment, mais peut-être plus violemment encore.

Elle s'alite de nouveau, consulte un médecin qui lui donne

un régime antidyspeptique sévère, ce qui ne l'empêche pas de faire à nouveau une troisième crise qui arrive le 20 septembre.

Elle entre à la Pitié dans le service de M. le professeur Walter.

A l'examen, l'on constate des douleurs irradiées mais dont le maximum siège à la région appendiculaire. Il y a de la constipation, de l'herpès labial, de la température, la langue est saburrale.

L'examen du cœur dénote des bruits sourds et mal frappés.

Cette fois l'accident ne dure qu'une dizaine de jours, et il ne reste bientôt plus qu'un peu de contracture au niveau de l'appendice.

Opération. — L'opération eut lieu dans les derniers jours d'octobre.

Après incision de la paroi et du péritoine l'on découvre un appendice en position sous-cæcale.

L'on voit à sa base, tout contre le cæcum, la trace d'un foyer ancien.

L'appendice, très rouge et très friable, se recourbe, décrit une anse qui vient s'accoler au cæcum, en le déprimant et en s'invaginant au-dessus de lui.

Méso falciforme et très vasculaire.

Ablation de l'organe au thermocautère.

Un surjet au catgut fin est placé sur le moignon qui est enfoui sous un repli iléo-cæcal.

Un drain est laissé à demeure.

Réfection partielle du péritoine et des plans sus-jacents.

Macroscopiquement l'appendice est long de 12 centimètres,

il est gros et sanguinolent à cause des adhérences qu'il a fallu détruire.

A la coupe, les parois crient sous le bistouri. Elles sont considérablement épaissies et sclérosées.

A l'intérieur, légère folliculite hémorragique, et cavité remplie d'un liquide grisâtre, gélatineux et paraissant séro-purulent.

La malade mourut subitement dix jours après.

Autopsie le 7 décembre 1903.

Abdomen : Péritoine intact.

Au niveau de l'angle iléo-cæcal, adhérences à la paroi, avec traces ecchymotiques sous-séreuses.

Ni processus inflammatoire, ni phlébite.

Le rectum et le côlon descendant sont remplis de boules stercorales.

Thorax : Pas de pleurésie.

Pas de péricardite.

Le cœur a un aspect spécial, le ventricule droit est dilaté.

Le ventricule gauche est hypertrophié et en systole.

L'oreille gauche est à parois épaissies.

Il existe un rétrécissement mitral et un rétrécissement sous-aortique.

La valve gauche de la mitrale est sclérosée, rétractée et réduite à un bourrelet au niveau de l'insertion à l'anneau fibreux.

De plus les piliers tendineux sont tendus et appliqués contre la paroi du ventricule.

La valve droite aortique est épaissie et scléreuse, et elle

rétrécit d'une part l'orifice mitral et d'autre part la région sous-aortique.

Les sigmoïdes sont intactes.

Dans le ventricule droit, l'on trouve des coagulations fibrineuses, blanc jaunâtre, opaques et se prolongeant entre les piliers, avec des portions adhérentes et d'autres flottantes dans le ventricule.

Elles ont été le point de départ d'embolies pulmonaires.

On les retrouve en effet dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

Les poumons sont congestionnés dans toute leur étendue.

Au niveau du lobe moyen du poumon gauche, infarctus volumineux, de formation récente, car le poumon est encore aéré.

Du côté du poumon droit, infarctus volumineux de formation encore plus récente et qui ont déterminé la mort.

En ouvrant les artères pulmonaires, on retrouve des caillots emboliques identiques à ceux du ventricule droit. Ils oblitèrent dans sa totalité la branche droite de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION X

(Extraite de la statistique du Dr Sonnenburg de Berlin.)

M. W..., vingt ans. Entre à l'hôpital le 5 septembre 1897.

Il est opéré le sixième jour de sa première attaque.

Le 13 septembre, rien de spécial.

Le 14, à 10 h. 1/2 du soir, violent frisson et mort subite

en quelques minutes, malgré une injection d'huile camphrée.

A l'autopsie, l'on découvre une embolie de l'artère pulmonaire droite.

OBSERVATION XI

(Du même auteur.)

M. M..., entré le 18 octobre 1899 et opéré le 12 au sixième jour de sa seconde attaque.

L'on trouve un abcès péri-appendiculaire.

L'on résèque l'appendice qui est perforé.

Tout va bien jusqu'au 16.

Le lendemain matin mort subite.

A l'autopsie, l'on trouve encore cette fois une embolie pulmonaire.

OBSERVATION XII

(Du même auteur.)

Lieutenant K..., vingt-cinq ans. Première crise à Pâques 1896.

Quatre crises successives.

Opération le 7 janvier 1902,

Le 18 janvier 1902, élévation de température, pouls petit, souffle systolique, sur le bord gauche du sternum.

Trois jours après crachats hémoptoïques.

Mort subite.

Embolie moyenne

L'embolie pulmonaire mortelle est heureusement une rareté pathologique au cours de l'appendicite. Et puis, comme le disait M. Brun dans la discussion de la Société de Chirurgie, « Qui dit mort subite ne dit pas toujours mort par embolie pulmonaire ». Aussi avons-nous cité ces faits sous toute réserve.

Mais cependant, cette hypothèse d'embolie mortelle semble se changer en certitude, si l'on remarque l'analogie de symptômes et de circonstances permettant de rapprocher ces accidents mortels des accidents bénins, que nous allons maintenant décrire.

Et, en effet, l'on ne saurait nier l'existence de l'embolie pulmonaire moyenne, créant l'infarctus hémoptoïque de Laënnec, car cet accident apparaît avec des caractères tellement tranchés que, même à défaut d'autopsie, l'on peut toujours le reconnaître.

Voici comment l'affection se présente presque toujours.

Un malade, le plus ordinairement opéré d'appendicite et bien amélioré du fait de l'intervention qui avait permis d'enlever l'appendice, ou de drainer un foyer purulent, est pris, brusquement, d'une dyspnée excessive, d'une angoisse extrême.

L'on observe quelquefois chez lui de la cyanose ou de la pâleur du visage comme dans la forme grave.

Bientôt, apparaît en un point du thorax une douleur pongitive, douleur exagérée encoré par la toux et les mouvements respiratoires.

Quelquefois, les choses en restent là ; et l'on conçoit que dans ce cas, comme nous en avons vu un exemple dans l'observation VI, le diagnostic puisse rester incertain.

Mais le plus souvent, à cette oppression, à cette douleur angoissante, se surajoute un autre phénomène : l'hémoptysie.

Cette expectoration, qui apparaît dans les heures ou dans les jours qui suivent, n'est pas constituée par du sang rouge, mais par des crachats très denses, visqueux et noirâtres.

Leurodeur est alliagée, aigrette : elle est comparable, suivant l'expression de Guéneau de Mussy, à celle du sirop antiscorbutique.

L'haleine même du malade peut, d'après cet auteur, servir de moyen de diagnostic, à défaut de crachats. Elle permettrait même d'affirmer la présence d'hémorragie pulmonaire.

L'auscultation négative, lorsque l'infarctus siège profondément, permet de découvrir, lorsque celui-ci est superficiel, tantôt une zone souflante, tantôt une absence complète du murmure vésiculaire.

Quelquefois, enfin un cercle de râles fins, crépitants ou sous-crépitanls, entoure cette zone soufflante ou silencieuse.

Pour Laënnec, ces deux signes seraient pathognomoniques du foyer hémoptoïque.

Si nous ajoutons aux signes précédents la présence de quelques frottements pleuraux, se superposant au foyer pulmonaire, nous avons à peu près complet le tableau de l'embolie pulmonaire.

OBSERVATION XVI, de M. Schwartz.

(Compte rendu de la Société de Chirurgie, 1903.)

Il s'agit d'un confrère, opéré en 1901 pour appendicite à rechutes. Dans les dix jours qui suivirent l'opération, le malade présenta tous les symptômes d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION XV, de M. Jalaguier.

(Compte rendu de la Société de Chirurgie, 1903.)

Jeune homme de vingt-trois ans avec appendicite à rechutes et opéré à froid le 24 mars.

L'intervention se fit sans incident, et les suites furent normales jusqu'au onzième jour.

Le 4 avril dans la nuit, le malade fit une embolie typique du poumon droit.

La guérison se fit très rapidement.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Gosset.)

M. G..., trente-cinq ans, malade de la clientèle privée, ressentit sa première crise d'appendicite en octobre 1905.

N'éprouvant que quelques douleurs et quelques nausées : sans température, sans malaise général, il n'y prêta pas attention et ne garda même pas le lit.

La seconde attaque survint en février 1906, plus violente cette fois.

La température resta à 38 degrés pendant deux jours ; le pouls était à 110. Il n'y eut pas de vomissement.

A l'inspection l'on constata au niveau de l'appendice un peu de plastron, mais sans défense musculaire.

Opération. — Le malade est opéré le 29 mars, par M. Gosset, aidé de MM. Desjardins, Picot, Boureau, l'on pratique l'incision de Mac-Burney.

L'appendice est découvert assez facilement, il est libre, mais très volumineux, de la grosseur du pouce et en massue.

L'on pratique la ligature du méso au catgut n° 1, l'appendice est lié à sa base au catgut n° 0, et sectionné au thermocautère.

Le moignon est enfoui dans un surjet ou bourse placé d'avance.

Fermeture de la plaie par étages, au catgut, et sans drainage.

Le huitième jour ablation des fils et réunion de la plaie par première intention.

L'opéré est presque convalescent, lorsque quatre jours après surviennent des accidents emboliques.

Point de côté à gauche, petit frisson, température à 38°5. Matité très limitée à la base gauche et en arrière, coïncidant avec une absence du murmure vésiculaire en ce point.

Les jours suivants le malade rend quelques crachats noirâtres et peu abondants.

Il est sorti le 19 avril complètement guéri.

OBSERVATION XVII

(Griffon. — Thèse de Lyon, 1902.)

Homme de trente cinq ans, ayant fait déjà trois attaques d'appendicite, est repris le 20 novembre 1899, de coliques et de vomissements.

La douleur ressentie dans tout l'abdomen, est plus marquée cependant dans le flanc droit.

La température atteint 39 degrés, le pouls est rapide et mal frappé, l'état général est mauvais ; le facies est péritonéal et légèrement subictérique.

M. Gangolphe propose l'opération immédiate. Après incision de la paroi et recherche de l'appendice, qu'il est impossible de découvrir, étant donnée la présence d'un liquide abondant, séro-purulent, l'on pratique le drainage rétro-cæcal.

La température s'abaisse, l'état général reste bon pendant quinze jours.

A cette date, la fièvre remonte, apparaît un point de côté, accompagné de dyspnée. L'on porte le diagnostic de pleuro-pneumonie.

Trente jours après l'intervention il se produit une poussée de phlébite des membres inférieurs.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. Gaultier.)

M. X..., n'ayant présenté aucun symptôme du côté de l'appendice, est pris brusquement dans la soirée du 29 novembre dernier de pesanteur d'estomac, de nausées, de vomissements et de diarrhée.

Il se couche, et dans le courant de la nuit, il est secoué par un violent frisson qui dure près de trois quarts d'heure.

Malgré son insomnie, malgré son état nauséeux il se lève et reprend ses occupations; lorsque dans l'après-midi il est repris de frisson, suivi immédiatement de vomissements porracés.

M. le Dr Gaultier est mandé près de lui, le soir à 8 heures. Il trouve son malade fébrile, présentant une température de 39°5 et un pouls à 120.

Localement l'on constate une légère hyperesthésie au point de Mac-Burney. L'on institue de suite le traitement médical.

Dans la nuit à 3 heures, reprise du frisson, moins violent il est vrai.

M. le professeur Deulafoy, appelé en consultation, en présence de cet ensemble de symptômes : fièvre très élevée, vomissements porracés, point de Mac-Burney et frissons successifs, conseille l'intervention.

Le malade est opéré le vendredi 1^{er} décembre par M. Marion, soixante-six heures après le début des accidents.

L'opération se fit sans incidents : l'on découvre un appendice, criblé d'abcès miliaries, après ligature du méso et de l'appendice, on le résèque et l'on draine.

Les suites opératoires sont excellentes, lorsque le 12 décembre le malade, qui souffrait quelque peu dans le mollet gauche, sans cause appréciable, est pris brusquement au milieu de la nuit d'une dyspnée excessive.

M. Gauthier, qui le voit le matin, le trouve oppressé, la face pâle et couverte de sueurs, et présentant de la tachycardie.

L'opéré, qui a eu déjà des accès d'angine de poitrine, le rappelle à son médecin, qui le laisse pour ne pas l'effrayer dans cette illusion, mais qui lui recommande cependant le repos absolu.

A ce moment, en effet, la phlébite est apparente ; et, si l'on ne sent pas le cordon veineux, la douleur est cependant bien localisée sur le trajet de la saphène externe, et l'œdème survenant dans les jours suivants permet encore de confirmer le diagnostic.

Depuis la phlébite a disparu complètement, et l'embolie s'est résorbée, sans laisser de traces.

OBSERVATION XIX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Erzbichof.)

M. X..., âgé de trente-quatre ans, ayant présenté dans son passé des crises d'entérite muco-membraneuse, fut pris assez brusquement au commencement de l'année 1905, de vomissements, de constipation, de douleurs abdominales, siégeant dans la fosse iliaque droite.

Un médecin fut appelé en consultation, diagnostiqua une appendicite, et lui fit entrevoir les possibilités d'une intervention ; le malade se trouvant mieux ajourna celle-ci à plus tard.

Dans le courant de l'année, nouvelle rechute. Il est revu alors par M. le professeur Reclus qui, à nouveau, le conseille de se faire débarrasser de son appendice. Cette fois le malade consent et entre à la maison Dubois, dans le service de M. Albarran, le 5 août 1905.

Tous les symptômes aigus ont alors disparu, il ne reste plus qu'un point douloureux au niveau de l'appendice.

Opération. — L'opération a lieu quelques jours après. L'appendice est très difficile à découvrir, il est en effet très adhérent et faisant corps avec la paroi de la fosse iliaque droite, et sa dissection en est très difficile.

L'on suture son méso, on le lie à sa base, et après enfouissement du moignon par surjet, l'on draine et l'on refait la paroi.

L'appendice est de la grosseur du petit doigt. Les parois sont enflammées et sa cavité renferme un liquide sanieux.

Les suites sont très normales pendant les huit jours qui suivent, lorsque le huitième jour, l'opéré ressent, un violent point de côté ; bientôt apparaît une dyspnée très vive et la température, qui jusque-là avait été normale, s'élève à 38 degrés.

Dans la soirée le malade tousse et rejette quelques crachats hémoptoïques.

On l'ausculte, et à la base du côté droit, à quelques travers de doigt de la colonne vertébrale l'on perçoit une zone silencieuse, assez limitée, entourée de râles fins, crépitants et sous-crépitanants et coïncidant avec une matité assez nette.

Le malade est transféré dans le service de M. Courtois-Suffit, et M. Fournier, faisant l'intérim, porte le diagnostic d'embolie pulmonaire.

La situation s'améliore les jours suivants, le point de côté s'amende, la dyspnée disparaît et le poumon reprend son aspect normal.

Quand quelque temps après, nouvelle récive : point de côté, dyspnée, crachats hémoptoïques, signes stéthoscopiques, se juxtaposant à l'ancien foyer.

Cette complication qui, cette fois, fut la dernière, dura un peu plus longtemps, le malade était pâle et asthénique. Cependant il quitta l'hôpital, complètement guéri, un mois après.

Et M. Erzbichof, nous disait : « J'ai revu depuis ce malade, pour une expertise médico-légale relative à son appendicite, ayant coïncidé avec un accident de travail, et il était dans un état de santé excellent ».

OBSERVATION XX (de M. Legueu).

(Thèse de Bordessoule, Paris, 1905).

Femme de quarante ans, tuberculeuse et souffrant de douleurs abdominales depuis deux ans, présenta le 10 mars 1905 une petite crise d'appendicite subaiguë.

L'opération pratiquée le 11 avril 1905, permit d'enlever un appendice long, mais oblitéré à sa pointe, sur une longueur de 2 centimètres, et présentant dans sa paroi des hémorragies folliculaires.

Le soir, température de 38 degrés et apparition d'une phlébite de la jambe gauche.

Le lendemain défervescence ; immobilisation dans une gouttière pendant quarante-cinq jours.

Le 29 mai, ascension thermique à 38°6. Phlébite de la jambe droite et, dans la même journée, la malade fut prise brusquement de dyspnée, de suffocation, et elle présenta tous les signes d'une embolie pulmonaire.

Le 27 juin, guérison définitive.

M. le professeur Sonnemburg de Berlin, après avoir cité dans sa statistique plusieurs exemples de complications pulmonaires et pleurales post-opératoires, rapporte une vingtaine de cas de thromboses veineuses et d'embolies.

En voici quelques exemples :

OBSERVATION XXI

(Sonnemburg. — *Communication à la Société de Chirurgie de Berlin, 1902*).

Homme de trente-sept ans, présente quatre jours après l'intervention une violente douleur dans le côté droit.

Les jours suivants thrombose de la jambe gauche et infarctus pulmonaire.

Il sort guéri dix jours plus tard.

OBSERVATION XXII

(*Idem*)

M. H..., pharmacien, opéré le 18 janvier 1898 à sa seconde attaque.

L'on enlève un appendice perforé.

Sur le point de quitter la clinique, il fait une thrombose de la fémorale droite, compliquée d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION XXIII

(*Idem*)

M. B..., cinquante-cinq ans, après plusieurs crises appendiculaires, est opéré le 11 janvier 1901.

Les jours suivants, l'on constata une turgescence du pénis, que l'on interpréta, comme étant une manifestation phlébitique.

Et de fait, dans la suite, le malade fut pris de dyspnée, de cyanose, et rejeta quelques crachats hémoptoïques.

OBSERVATION XXIV

(*Idem*)

M. F..., cinquante-deux ans, opéré le 16 juin 1898 d'appendicite compliquée d'abcès, fit dans la suite une petite embolie pulmonaire, accompagnée d'une élévation thermique à 38°5.

Il sortit guéri le 24 juillet 1898.

OBSERVATION XXV

(*Idem*)

M. H..., cinquante-six ans, diabétique, opéré le 21 mai 1898.

L'on enlève un appendice gangrené.

Dans la suite, il présenta les signes d'une embolie pulmonaire, avec infarctus, et la température atteignit 39 degrés.

Et à la fin de son manuscrit l'auteur allemand écrivait :

« Depuis cette publication nous avons observé encore une vingtaine de cas de ce genre.

« Le dernier exemple d'embolie est survenu à la suite de l'ouverture d'un abcès appendiculaire. »

OBSERVATION XXVI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Barbier).

Mme B..., cinquante ans, n'ayant jamais eu aucune maladie grave, a présenté de 1890 à 1897 le syndrome de Reich-

mann. Elle est sujette de plus à des crises assez fréquentes d'entérocolite muco-membraneuse.

Le 18 mai 1902, après six jours de constipation, cette dame ressent dans la nuit une vive douleur, tout d'abord généralisée à tout l'abdomen, mais bientôt localisée à la fosse iliaque droite.

La malade souffre continuellement, et la palpation profonde réveille une douleur exquise au point de Mac-Burney ; la température monte à 38 degrés ; il y a quelques nausées sans vomissements.

Les jours suivants la température se maintient ; la malade ressent un frisson assez violent, et l'on perçoit au niveau de l'appendice un plastron très net. Celui-ci semble se ramollir, et fait craindre la présence d'un abcès localisé. Pourtant, sous l'influence d'un traitement rigoureux : diète absolue, eau d'Evian, large application de glace sur l'abdomen, le plastron diminue et disparaît complètement au bout d'une quinzaine de jours.

Le dix-neuvième jour, tous les phénomènes paraissant atténués, l'on administre 50 centigrammes de calomel. Trois heures après, apparition d'une douleur brusque, en coup de poignard, dans la région inférieure droite du thorax. Immédiatement la malade est prise d'une dyspnée très prononcée ; une toux s'installe d'abord sèche, bientôt suivie d'expectoration striée de sang et enfin transformée en crachats hémoptoïques, à odeur alliacée, caractéristique.

La température s'élève à 39 degrés. L'examen de la fosse iliaque est négatif, mais en examinant le thorax l'on découvre

à la base du poumon droit une zone respiratoire obscure, entourée de râles sous-crépitaux.

Plus tard, ces signes sont remplacés par du souffle, de l'égo-phonie de la pectoriloquie aphone, sans abaissement du foie, et la température oscille entre 37°5 et 38°5.

Lentement, tout s'améliore, et deux mois après il ne reste plus qu'un peu de rudesse respiratoire, avec affaiblissement des vibrations thoraciques. *Restitutio ad integrum* au bout de trois mois.

Il survint dans la suite deux crises d'appendicite, sans complications pulmonaires : l'une en septembre, l'autre en décembre de la même année. La malade ne fut pas opérée, elle est depuis en parfaite santé.

Embolie pulmonaire à évolution gangréneuse

Dans le paragraphe précédent, nous avons vu l'embolie déterminer quelques troubles pulmonaires et pleuraux plus inquiétants que dangereux et se terminer toujours par la guérison.

Mais l'infarctus, dans quelques cas (et il semble que ce soit surtout dans les appendicites avec abcès), peut suppurer et même évoluer vers la gangrène.

La plèvre, qui réagissait peu dans le cas d'infarctus bénin, semble réagir cette fois plus violemment et la pleurésie interlobaire, ou de la grande cavité pleurale se surajoute quelquefois aux lésions pré-

cédentes et devient en quelque sorte la lésion dominante.

Sans nous attarder à décrire ces complications, nous en retracerons rapidement les caractères principaux.

Le début, ressemblant en tous points au début de l'embolie pulmonaire bénigne, s'en différencie cependant, par une température plus élevée, par un frisson plus intense. Cet état, au lieu de s'améliorer les jours suivants, reste stationnaire, et même s'aggrave. Les crachats sanguinolents sont bientôt remplacés par des crachats jaunâtres. L'auscultation nous fait découvrir des râles muqueux à grosses bulles et même des signes cavitaires.

Si ces symptômes s'aggravent, si l'expectation devient plus abondante et véritablement fétide, l'on pense tout de suite à une gangrène limitée du poumon.

OBSERVATION XVII, de M. Villars.

(Griffon. — Thèse de Lyon, 1903.)

M. X..., vingt-six ans, ressentit sa première crise d'appendicite en janvier 1902.

La seconde crise survint le 18 avril de la même année. L'on institua de suite le traitement médical : opium à l'intérieur, glace sur le ventre.

Le 21 la température s'abaissait de 40 degrés à 38 degrés.

Le 22 elle était de 37°4.

L'état général s'étant amélioré, et le malade demandant l'opération, elle eut lieu le lendemain, c'est-à-dire quatre jours après la cessation des accidents.

L'appendice est découvert facilement, libéré de ses adhérences molles, et réséqué.

Le 29, la température s'élève à 39 degrés. De plus le malade, qui accusait des douleurs dans la jambe gauche sans trace d'œdème, est pris brusquement, le 29 au soir, d'une dyspnée intense s'accompagnant de *tachycardie*.

Le pouls est à 140, la face est pâle et couverte de sueurs.

Le lendemain, la phlébite est manifeste ; le mollet est volumineux et douloureux ; il existe de l'œdème sur la face antérieure du tibia.

La dyspnée a diminué, mais le malade tousse et expectore des crachats hémoptoïques. L'auscultation du poumon reste négative.

Il était naturel de penser qu'un caillot se détachant de la veine fémorale avait déterminé dans le poumon un infarctus pulmonaire.

Cet état persiste jusqu'au 15 mai, la phlébite s'améliore, mais l'état pulmonaire s'aggrave ainsi que l'état général.

L'expectoration est devenue purulente et, à la fin du mois, l'on perçoit à la partie moyenne du poumon gauche une zone limitée de matité, accompagnée d'égophonie et de pectoriloquie aphone.

L'on porte le diagnostic de pleurésie interlobaire, séreuse.

Envoyé à la campagne, la convalescence présenta ce nouvel incident : rejet au milieu de quintes de toux de tissu pulmonaire sphacélé, accompagné de signes cavitaires.

Dans la suite ce malade s'est complètement rétabli.

OBSERVATION XXVIII, de M. Chifoliau

(Thèse de Dubarry, 1902.)

François D... quarante-sept ans, valet de chambre, entre le 26 mai à l'hôpital Beaujon, salle Ambroise-Paré, et présente pendant les trois jours qui suivent tous les signes d'une appendicite : douleur au point de Mac-Burney, vomissements, constipation.

Opéré le 29 mai après anesthésie par la rachi-cocaïne.

L'on pratique l'incision de Roux, l'on trouve un œdème considérable du tissu cellulaire sous-péritonéal ; l'on ouvre le péritoine et l'incision donne issue à une notable quantité de pus.

L'appendice est en position descendante, il est volumineux, recourbé, et dans sa concavité l'on trouve une large perforation sphacélique.

On l'enlève péniblement mais en entier, et l'on draine. Jusqu'au 8 juin l'état s'améliore.

Lorsque brusquement, dans la nuit, le malade est pris de toux violente, de dyspnée ; il rend péniblement quelques crachats visqueux et jaunâtres.

On l'ausculte le lendemain et l'on découvre, à la base droite et en arrière, quelques râles sous-crépitaux.

Le 10 juin il se déclare une phlébite du membre inférieur gauche, qui est immédiatement immobilisé.

Le 15 juin le malade est pris de coliques très violentes : il demande la canule rectale et rend un urinal d'un liquide grumeleux, et ressemblant à du pus.

Le 16 juin, pouls à 130, légère dyspnée, ballonnement considérable du ventre ; sonorité tympanique à la percussion. Au toucher rectal, induration diffuse, en placard, contre la paroi pelvienne postérieure gauche.

Le soir à 6 heures mort subite sans un cri.

OBSERVATION XXIX, de M. Jalaguier.

(Société de Chirurgie, 1903.)

Jeune femme de quarante-huit ans, opérée le treizième jour de sa crise appendiculaire le 19 mars 1903.

L'opération avait consisté en l'ouverture d'un abcès à direction rénale.

Les suites furent excellentes, et la température était redevenue normale.

Lorsque le 23 mars l'opérée est prise de frissons de point de côté à gauche, de dyspnée excessive, et elle rejette au milieu de quintes de toux quelques crachats hémoptoïques.

Les jours suivants l'expectoration devient gangreneuse. Ces accidents durèrent quinze jours et la guérison se fit complètement.

Gebele a observé huit cas d'embolies pulmonai-

res à évolution septique ; et parmi ces dernières, quatre survinrent après appendicites compliquées d'abcès.

Il nous resterait à décrire les embolies capillaires, microbiennes, à localisation pulmonaire, causant dans le poumon des abcès métastatiques (Netter, Church, Rendu, thèse de Piard), mais, ces lésions insidieuses dans leur évolution ne constituent qu'un épisode bien effacé de la pyohémie appendiculaire. Nous tenions simplement à les signaler, mais nous ne nous y arrêterons pas.

DIAGNOSTIC

L'embolie pulmonaire existe donc bien au cours de l'appendicite.

Nous avons vu cette complication survenir sans cause apparente, le plus ordinairement en pleine convalescence d'appendicite, aussi bien dans les formes bénignes opérées à froid que dans les formes graves avec abcès de voisinage. Nous avons vu, qu'elle était précédée ou accompagnée dans certains cas de phlébite apparente.

Nous l'avons vue, d'autres fois, survenir brusquement sans manifestation phlébitique, et même dans ces derniers cas présenter assez souvent un dénouement fatal. Il nous reste donc maintenant à diffé-

rencier cet accident des accidents pulmonaires connexes post-opératoires, imputés à l'anesthésie générale, par l'éther ou le chloroforme.

M. le professeur Le Dentu, dans une conférence, très documentée, faite à la Société de l'Internat des hôpitaux, et reproduite dans le *Bulletin des Archives générales de médecine* du 20 mars 1906, a retracé, très méthodiquement, les différents stades des complications pulmonaires post-opératoires.

Il remarque tout d'abord que ces complications semblent plus fréquentes dans les interventions abdominales, et il cite à ce propos les statistiques étrangères.

Bibergeil...	3.909	laparotomies	283	pneumonies
Gebele.....	1.196	laparotomies	77	affect. pulm.
Albanus....	1.140	laparotomies	53	affect. pulm.
Czerny.....	1.302	laparotomies	52	affect. pulm.
Kauch.....	1.880	laparotomies	45	affect. pulm.
Kräenlein...	1.400	laparotomies	8	affect. pulm.

Et il ajoute: « Je vous ait fait pressentir que l'aspect clinique de ces complications pulmonaires « était sujet à beaucoup de variations. Le fait est « que depuis le simple enrrouement, accompagné de « quelques râles ronflants, jusqu'à la pneumonie « lobulaire, double, suffocante et mortelle, il existe « toute une gamme d'accidents broncho-pulmonaires « à symptômes particuliers, dont les groupements

« constituent plusieurs types assez différents les uns,
« des autres. »

Premier type. — Signes de trachéo-bronchite simple, apyrétique, enrrouement, ronchus sonores légère sensation de poids dans la région sternale.

Deuxième type. — Fréquent et assez pénible pour les malades : un point de côté se déclare le jour même ou le lendemain de l'opération. Bientôt, sinon tout de suite, l'auscultation révèle un foyer de râles fins, plutôt sous-crépitants que crépitants, généralement à la base de l'un des poumons.

« Il y a rarement du souffle.

« La température ne s'élève souvent que très
« peu et ne dépasse pas 38° 5.

« Dans les formes plus caractérisées et plus étendues elle monte naturellement plus haut.

« La gêne respiratoire, assez grande, est plus le
« résultat du point de côté, que de la congestion pulmonaire.

Troisième type. — « L'angoisse respiratoire est le
« phénomène dominant.

« Elle n'est en rapport ni avec l'intensité d'un
« point de côté, ni avec l'existence d'une grande
« quantité de râles secs ou muqueux.

« Le murmure vésiculaire est étouffé, réduit, ou
« nul par places, ou dans des étendues considérables de l'appareil pulmonaire, d'un seul côté, ou
« des deux côtés.

« C'est que la cause anatomique des accidents
« réside tout d'abord, dans un œdème plus ou
« moins prononcé de la muqueuse ou dans un gon-
« flement hyperhémique qui suspend momentanée-
« ment toute sécrétion.

Quatrième type. — « Les accidents sont plus
« tardifs, moins brusques dans leur apparition,
« insidieux par le peu d'accentuation des symp-
« tômes.

« Ils n'en sont pas moins graves, tout au contraire,
« car ils se rattachent fréquemment aux deux cau-
« ses les plus inquiétantes de ces complications, à
« l'infection et à la stase sanguine dans l'appareil
« pulmonaire.

Cinquième type (type embolique). — « Des phéno-
« mènes du même genre, à apparition soudaine,
« accompagnés de manifestations plus limitées du
« côté des poumons, se reproduisent à plusieurs
« reprises et à des intervalles plus ou moins consi-
« dérables.

« Les rémissions sont suivies de poussées qui
« tranchent sur la marche plus régulière, sans cepen-
« dant être toujours parfaitement réglées, des types
« précédents. »

Et un peu plus loin, l'auteur ajoute :

« La forme embolique des complications bron-
« cho-pulmonaires est admise aujourd'hui par tout

« le monde. Elle est caractérisée par la soudaineté et la reprise des accidents.

Cette brusquerie du début, nous l'avons observée dans les faits que nous avons cités.

Les malades étaient bien portants, ou tout au moins bien améliorés par suite de l'intervention qui avait permis d'enlever un appendice malade, ou tout au moins de drainer le foyer d'infection. Ils n'avaient présenté dans les jours précédents aucun trouble respiratoire ; lorsque survenait rapidement la syncope mortelle, ou le point de côté, accompagné de dyspnée, d'expectoration symptomatique et de signes stéthoscopiques très limités.

Quant à la reprise des accidents, nous l'avons observée, très nettement, dans quelques cas. Tout d'abord dans l'observation rapportée par M. Routier, et dans laquelle le malade, après avoir présenté des troubles emboliques bénins, fit une seconde embolie mortelle ; et dans l'observation de M. Erzbichof, observation dans laquelle le malade présenta très nettement deux crises bénignes, entrecoupées d'une période de calme.

Donc, si le doute ne nous semble pas possible, dans les formes mortelles et dans les cas d'infarctus hémoptoïque de Laënnec, il n'en n'est plus de même dans ces formes franchement septiques, débutant elles aussi, soudainement, avec menace d'asphyxie et

de syncope, et évoluant à la façon des pneumonies caséuses.

Dans ces cas, cependant, la phlébite vient quelquefois confirmer le diagnostic ; mais, ce n'est encore là qu'une hypothèse, hypothèse très plausible cependant.

Aussi l'on conçoit très bien que dans ces lésions difficiles, un chirurgien verra un accident dû à l'anesthésie là où un autre ne verra qu'un accident embolique. Et à ce propos M. Le Dentu cite les statistiques, assez divergentes de Gebele et d'Albanus. Puis il ajoute : « La pneumonie embolique post-opératoire
« existe donc bien, et elle est sans doute plus fréquente que ne l'indiquent les diagnostics auxquels
« nous osons nous risquer. J'ajouterai, que quelquefois la complication débute avec les allures incontestables de l'embolie cardio-pulmonaire (syncope, asphyxie, perte de connaissance), et qu'elle continue
« avec celles de la pneumonie purement infectieuse
« ou d'origine embolique. »

Ce qui rend encore plus difficile le diagnostic, c'est que dans quelques cas les deux facteurs : embolie et anesthésie, semblent se combiner dans la production des phénomènes pulmonaires.

Nous en citons un exemple rapporté par Sonenburg :

OBSERVATION XXX

(Sonnemburg. — *Complications pulmonaires de l'appendicite*, 1902.)

Petite malade, d'une santé excellente : ressentit sa première crise d'appendicite au mois de février. Crise très nette, avec frisson, température, défense musculaire, et plastron préappendiculaire. L'inflammation sembla se propager vers le cul-de-sac de Douglas.

Comme la fièvre était tombée, le pouls restant faible et irrégulier, l'opération eut lieu au mois d'avril.

Opération. — Ablation de l'appendicite qui était adhérent à l'ovaire, s'étendait jusqu'au rectum et présentait deux cicatrices de perforation, le reliant à un tout petit abcès en voie de résorption. Malgré les adhérences nombreuses, l'appendice est enlevé complètement et l'on refait la paroi.

L'on s'était servi pendant l'intervention de chloroforme que l'on avait bientôt remplacé par l'éther, à cause de l'irrégularité et de la faiblesse du pouls.

La nuit fut excellente, mais le lendemain à midi le facies devient mauvais, la température monte à 39 degrés, le pouls est à 140 ; il y a de la dyspnée.

Du côté de la plaie rien de particulier ; l'on coupe cependant quelques fils.

A l'auscultation de la poitrine l'on perçoit seulement quelques râles sibilants.

L'on porte le diagnostic de congestion post-anesthésique.

Dans la soirée, point de côté, facies cyanotique, pouls à 120, 39 respirations ; plusieurs crises de dyspnée.

Les jours suivants la fièvre tombe, la matité pulmonaire disparaît, et la guérison survient au bout de trois semaines.

Et, de ce fait, l'auteur allemand concluait à la coexistence de deux lésions de causes très différentes. La première lésion, congestive, due à l'anesthésie. La seconde lésion, embolique, car l'opération avait porté sur un appendice très adhérent, et dans le territoire de veines enflammées.

Pour montrer la grande difficulté et même quelquefois l'impossibilité de distinguer les accidents anesthésiques des accidents emboliques, que l'on veuille bien nous permettre de citer l'observation suivante. Elle n'est pas seulement intéressante pour la raison dont nous avons parlé plus haut ; mais elle nous montre de plus qu'au cours d'une affection suppurée, à localisation pelvienne, la phlébite peut exister à l'état latent et ne se traduire par aucun symptôme.

Il ne s'agit pas d'une appendicite ; mais d'une affection si connexe, si voisine d'une salpingite, que l'on nous pardonnera certainement cette digression.

OBSERVATION XXXI

(Due à l'obligeance de M. Guinard)

Une malade, atteinte de salpingite chronique et pour laquelle l'opération avait été décidée, est endormie au chloroforme.

Elle s'endort assez facilement, et l'on se préparait à faire la toilette du champ opératoire lorsque, brusquement, la malade pâlit et meurt avant que l'incision ait été pratiquée.

L'on pense immédiatement à une syncope mortelle due au chloroforme.

Le lendemain, M. Guinard résolut de faire l'autopsie.

L'on incise l'abdomen, et l'on trouve des trompes distendues et adhérentes.

Le cœur gauche est normal, mais l'on découvre dans le cœur droit un caillot organisé, siégeant à la base de l'artère pulmonaire et enchevêtré dans des cordages tendineux.

La malade n'ayant présenté avant l'opération aucune trace de phlébite des membres inférieurs, l'on pensa tout de suite aux veines du bassin, et, en effet, après une recherche assez longue, l'on découvrit une hypogastrique thrombosée cause de cet accident.

Et M. Guinard nous disait : « Bien des complications imputées au chloroforme ne sont peut-être en effet que des accidents emboliques apparaissant pour les causes les plus banales, à l'occasion des

efforts que fait le malade dans la période d'excitation à l'occasion du savonnage du champ opératoire ou simplement dans le transport du lit d'anesthésie au lit d'opération.

De tous ces faits il ressort donc que les complications pulmonaires emboliques jouent un certain rôle en chirurgie abdominale, et peut-être plus particulièrement dans l'appendicite (nous en donnerons la preuve dans le chapitre suivant). Ces complications se présentent à nous, dans un certain cas tout au moins, avec des caractères très nets et très tranchés ; elles simulent d'autres fois, à s'y méprendre, les accidents pulmonaires attribués à l'anesthésie.

CHAPITRE III

Pathogénie

L'étude de la pathogénie de l'embolie pulmonaire, au cours de l'appendicite, se tire en quelque sorte naturellement de l'anatomie normale et pathologique de l'appendice.

La nature elle-même de l'appendicite, en tant que maladie infectieuse, ou plutôt, de foyer infectieux, nous explique toute la genèse des accidents primordiaux qui engendreront à un moment donné les complications terminales emboliques.

L'anatomie, en effet, nous montre l'appendice relié par sa base au cæcum, suivant ce dernier dans sa situation haute ou basse et présentant de plus une grande mobilité propre, ce qui fait qu'on le trouve tantôt en avant du cæcum, tantôt dans la fosse lombaire, tantôt enfin en position pelvienne.

De plus l'anatomie nous représente l'appendice

comme un organe très vasculaire irrigué par une branche terminale de l'iléocolique et relié par les veines satellites de cette artère, au système porte.

Mais nous savons d'autre part que l'appendice peut être en contact, par l'intermédiaire du péritoine, avec les nombreuses veines pariétales et viscérales du bassin.

Que l'infection appendiculaire survienne, le système veineux ne pourra manquer d'être lésé, car l'appendicite réalise le type parfait de l'infection lente et atténuée : condition très favorable pour le développement de la phlébite.

Les radicules portes, recevant directement les germes infectieux, devraient, semble-t-il, être les premières atteintes : il n'en est rien.

M. Mauclore, dans un travail sur les complications méta-appendiculaires (*Gazette des Hôpitaux*, 24 mars 1904), après avoir fait allusion aux expériences de Klecki sur les vaisseaux appendiculaires, dont la compression expliquerait les lésions ulcéreuses de l'appendice, après avoir cité des faits de phlébites et thromboses primitives de vaisseaux mésentériques aboutissant au sphacèle de l'intestin, ajoute ceci :

« J'ai cherché ces lésions possibles des vaisseaux
« appendiculaires. J'ai souvent trouvé des épaissis-
« sements du méso-appendice. Dans les examens
« histologiques que j'ai fait faire, les vaisseaux ont
« été trouvés sans lésion bien nette.

« Toutefois les nombreuses observations récentes
« de phlébites iliaques ou fémorales appendicitaires
« (et nous en avons observé deux exemples) néces-
« sitent, à notre avis, de nombreuses recherches sur
« l'état des vaisseaux appendiculaires. »

Ce qui, en effet, semble plus fréquent, c'est la thrombose des veines saphènes ou iliaques, et il suffit de relire les thèses de Petit, de Bordessoule, pour trouver des exemples assez nombreux de cette complication.

La phlébite serait même plus fréquente à gauche qu'à droite. L'on a expliqué cette anomalie par l'obliquité plus grande de la veine iliaque gauche, et par la compression de l'anse sigmoïde remplies de matières fécales durcies, la constipation étant un phénomène à peu près constant dans l'appendicite.

Cette phlébite, d'origine appendiculaire, ne diffère en rien des phlébites de toute autre cause ; elle est peut-être moins apparente, plus insidieuse : ce ne sont là que des nuances insignifiantes.

Mais à côté de ces lésions des membres il nous faut bien admettre une autre variété de thrombose pour expliquer ces embolies pulmonaires survenant sans manifestations phlébitiques. A la rigueur le poumon peut être infecté par la veine porte, mais cette voie ne peut être suivie que par des embolies microbiennes, et ne donne lieu qu'à une variété d'accidents : la forme pyohémique.

Ces phlébites, indispensables pour expliquer le mécanisme des embolies pulmonaires, survenant d'emblée, nous en avons fait pressentir le siège en décrivant sommairement les rapports anatomiques de l'appendice. Si ce dernier est en position iliaque ou pelvienne, la thrombose pourra se fixer sur l'iliaque primitive ou l'iliaque externe, sur l'hypogastrique, ou sur ses rameaux pariétaux et viscéraux.

Si enfin l'appendice vermiculaire est en position rétrocaecale, la lésion pourra siéger sur les veines périrénales ou sur le système veineux de Retzius dont les plexus sous-péritonéaux créent des anostomoses étroites et nombreuses entre la circulation porte et la circulation cave.

Il nous semble même plus logique d'admettre l'existence de ces phlébites locales, que celles des membres inférieurs. Car, il ne s'agit plus, comme dans ces dernières, d'infection métastatique, mais bien d'infection directe, favorisée encore par la présence de brides péritonéales, d'abcès de voisinage, qui, en même temps qu'ils favorisent la stagnation du sang, traumatisent la paroi, condition indispensable à la formation du thrombus.

Ces phlébites, d'après Sonnemburg, ne se traduiraient « ni par de l'élévation de la température, ni par de la douleur, ni par de l'œdème ; et elles apparaîtraient à chaque poussée d'appendicite ».

Ce sont le plus souvent des surprises d'autopsie ;

témoin ce cas de Michel et Perrin, relaté dans la *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1904, page 179 :

OBSERVATION XXXIII

C'est l'histoire d'une jeune fille de vingt-deux ans, opérée à sa troisième crise d'appendicite, et chez laquelle on draina simplement un abcès appendiculaire.

Les jours suivants la mort survint brusquement et, à l'autopsie, l'on découvrit une lésion ulcéreuse stomacale et une thrombose de la veine iliaque primitive gauche, qui n'avait pas été soupçonnée.

Cependant chez deux malades, dont nous avons déjà cité l'observation, l'on remarqua une sorte d'érection de la verge, qui fut interprétée comme due à une phlébite des veines en amont.

Mais ce ne sont là que des faits exceptionnels ; et presque toujours, à cause des anastomoses nombreuses, l'œdème, qui est un précieux renseignement dans les phlébites des membres ne saurait exister ici.

La pathogénie de l'embolie pulmonaire nous semble donc assez explicite, par le seul mécanisme de la phlébite, manifestation infectieuse de l'appendicite.

Peut-être, dans quelques cas rares, l'appendicite détermine-t-elle des endocardites du cœur gauche (R. Porte. *Dauphiné médical*, 1894), susceptibles de

créer lentement des thrombus du cœur droit ; nous avons cité un exemple de ce genre observé dans le service de M. Walter.

Mais, dans ce cas particulier, l'appendicite semble avoir surtout agi, à titre de facteur de renforcement d'un rétrécissement mitral, existant déjà depuis bien des années, plutôt que comme cause véritablement active.

CHAPITRE V

Traitement

M. Sonnemburg, ayant fait cette remarque : que la phlébite et l'embolie pulmonaire s'observent plus particulièrement chez les malades de sa clientèle privée, en donne l'explication suivante :

« Les patients de la classe aisée, très anxieux, « après une ou plusieurs crises d'appendicite, prennent tant de ménagements au point de vue de « leur régime qu'ils finissent par se nourrir insuffisamment et par débilitier leur muscle cardiaque. « Cette faiblesse du cœur paraît être, en effet, la « cause primordiale du développement de ces thromboses. »

De plus, ayant remarqué que la phlébite se développe à la suite de crises répétées d'appendicite, il conclut : « Les malades de la clientèle privée doivent

être opérés plus vite que ceux du milieu hospitalier. »

Donc, nous basant sur ce principe : que la phlébite accompagne chaque poussée nouvelle d'appendicite, et sachant d'autre part que l'appendice enflammé peut se créer des adhérences veineuses : nous concluons, nous aussi, à l'intervention précoce dans l'appendicite.

Nous ne discuterons pas la question de l'opération à chaud ou à froid. Cette question étant encore trop controversée aujourd'hui pour que nous osions émettre un avis à ce sujet : mais nous dirons simplement : dans l'appendicite il faut intervenir de bonne heure, nous rappelant, à ce propos, cet aphorisme que nous avons entendu répéter à l'un de nos maîtres : « La première crise d'appendicite n'est souvent que douloureuse, la seconde est dangereuse, la troisième peut être mortelle. »

Quel que soit le siège de l'incision abdominale, celle-ci devra être suffisamment large pour repérer facilement et sans hésitation le cæcum et l'appendice.

« Ne pas exercer de tractions trop violentes sur l'intestin », dit Sonnemburg.

Redoubler enfin de prudence dans les formes adhérentes ou compliquées d'abcès, car les complications phlébitiques et emboliques semblent surtout

apparaître au cours de ces deux variétés d'appendicite.

Il sera nécessaire de surveiller le convalescent, et d'épier chez lui toute menace de thrombose. Si cet accident survient, pratiquer l'immobilisation du membre.

Enfin, si l'embolie pulmonaire se montre d'emblée, il ne nous reste plus que la ressource, cependant très utile, du traitement médical.

Le malade sera condamné au repos absolu. On luttera contre la syncope, par les injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée à 1/10. On combattra l'asphyxie par les révulsifs, les ventouses, enfin la saignée pourra rendre de grands services en certains cas.

CONCLUSIONS

L'embolie pulmonaire joue un rôle assez important en pathologie médicale, on la rencontre quelquefois au cours d'affections chirurgicales, et peut-être plus particulièrement dans l'appendicite.

I. — Elle survient le plus ordinairement au début de la convalescence d'appendicites chroniques, et se voit, tout particulièrement, dans les formes adhérentes ou compliquées d'abcès.

II. — Cet accident se présente à nous sous quatre types très différents :

Type mortel. — Très rare, causant rapidement la mort par syncope ou asphyxie.

Type bénin. — Se traduisant anatomiquement par l'infarctus hémoptoïque de Laënnec et se terminant toujours par la guérison.

Type insidieux. — Qui n'est en quelque sorte qu'une variété de la forme précédente, débutant comme cette dernière assez brusquement, avec menace d'asphyxie et de syncope, mais évoluant bientôt à la façon des pneumonies caséeuses.

Type pyohémique. — Déterminé par de petites embolies capillaires et microbiennes.

III. — Cette affection peut se confondre avec des lésions pulmonaires connexes, post-opératoires, imputées à l'anesthésie générale.

Nous avons exposé au chapitre troisième de cette thèse les raisons qui militent en faveur de l'embolie pulmonaire, et nous avons insisté sur la difficulté, quelquefois très grande, du diagnostic.

L'embolie pulmonaire a toujours pour point de départ une manifestation infectieuse de l'appendicite, la phlébite.

Cette phlébite peut siéger à distance du foyer infectieux, sur les membres inférieurs.

Elle doit être plus fréquemment localisée sur les veines pariétales et viscérales, du bassin et de la région lombaire.

Cette dernière, d'après Sonnemburg, apparaîtrait à chaque crise d'appendicite, et ne traduirait sa présence par aucun symptôme.

Dès lors, il sera utile, au moment de l'intervention, de ne pas exercer de tractions trop violentes sur l'intestin, surtout dans les formes adhérentes.

Surveiller toute menace de phlébite pendant les jours qui suivent l'opération, et pratiquer l'immobilisation du membre si la thrombose apparaît.

Enfin, si l'embolie pulmonaire survient d'emblée,

il sera nécessaire de recommander au malade le repos absolu et de pratiquer le traitement médical de cette affection.

Vu le Président de la thèse :

BERGER

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Société médicale des Hôpitaux, 16 nov. 1895.
- APPUHN. — Th. de Nancy, 1903.
- ALBANUS. — Thrombosen und Embolien nach Laparotomien
Beitrage zur klin. chir. et Zentralhl. f. Chir., 1904.
- ANDRÉ et MICHEL. — Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie,
1901.
- ACHARD et PAISSEAU (G.). — Tribune médicale. Paris, 1904.
- ARPAD et JEWSTER. — Thrombose septique des radicules portes et pyelophlébite dans l'appendicite. Med. Rec.,
27 juin 1903.
- BOUGLÉ. — Appendicite tuberculeuse. Arch. gén. de Médec.,
3 février 1903.
- BUREAU. — Absès du foie dans l'appendicite. Gazette médicale
de Nantes, 2 janvier 1904.
- BLANC et VINOT. — Loire médicale, 15 mai 1905.
- BROCA. — De l'appendicite.
- BERTHELIN. — Thèse de Paris, 1895.
- BORDESSOULE. — Thèse de Paris, 1905.
- COMPTON. — Saint-Barth. Hosp. Rep. London, 1904.
- CURTIS. — Absès métastatiques, suites d'appendicite. Acad.
de méd., 13 octobre 1896.

CZERNY, TREDELEMBURG, KAUSCH, KRELEIN. — XXXIV^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 1905.

BIBERGEIL. — Ueber Lungen komplikation en nach Bauchoperationen. Langenbeck's. Arch. et Zentralbl. f. Chir., 1906, p. 130.

COCHOT. — Thèse de Paris, 1898.

BERA. — Thèse de Paris, 1900.

DELBET. — Absès appendiculaires. Soc. biologique, 3 juin 1904.

DUBARRY. — Thèse de Paris, 1904.

DENIS. — Mort par embolie pulmonaire le onzième jour après une opération d'appendicite à chaud. Bulletin médical de l'Algérie, février 1902.

COMBY. — Formes frustes, chroniques, prolongées d'appendicite. Société méd. Hôpit., 3 décembre 1903.

DUGUET. — Thèse d'agrégation, 3 mai 1872.

DIEULAFOY. — Pleurésies et empyèmes sous-diaphragmatiques d'origine appendiculaire.

— Traité de Pathologie interne, t. II.

JOSUÉ. — Soc. de biol., 3 mars 1898.

GOUGET. — Ibid, 8 juillet 1899.

KLECKI. — Ann. de l'Institut Pasteur, p. 489, 1899.

CRIFFON. — Thèse de Lyon, 1902.

HOFFMANN. — Deutsche Seitsbrüft, mars 1906. Complications vasculaires de l'appendicite.

— Discussion de la Société de Chirurgie, p. 522. 1903.

JALAGUIER, GUINARD, TUFFIER, QUÉNU, ROUTIER, BROCA,

ROCHARD, HARTMANN, SCHWARTZ, REYNIER, WALTER,
BRUN.

JOUGLARD. — Thèse de Paris, 1902.

LEBON. — Thèse de Paris, 1894.

KOUMINDJY. — Thèse de Paris, 1898.

LEGG. — Perityphlitis complicated, with thrombosis of the
femoral vein. Saint-Barth., 1880.

LE CONTE. — Thrombose septique d'une branche de l'art. pul-
monaire droite.

NOORDENS. — Appendicite actinomycosique avec métastases
pleuro-pulmonaires. Soc. belge de Chir. Bruxelles,
1904.

GILBERT et LEREBoullet. — Nature de l'appendicite. Presse
médicale, 27 avril 1904.

LE DENTU. — Complications pulmonaires post-opératoires.
Archives générales de médecine, 20 mars 1906.

LEGUEU. — De l'appendicite.

LECLERC. — Appendicite à marche normale. Phlébite iliaque
latente. Mort subite par embolie. Bulletins et
Mémoires de la Société de Chirurgie. Paris, 1903,
p. 490.

LION. — Un cas de mort subite dans l'appendicite. Bulletins et
mémoires de la Société de médecine des Hôpitaux.
Paris, 1902, p. 286-288.

MICHEL et PERRIN. — Thrombose de l'iliaque primitive gauche.
Revue médicale de l'Est. Nancy, 1904, p. 179-181.

LESUEUR. — Thèse de Paris, 1903.

MAC-GREGOR. — Pericæcal abscess urth embolism of pulmonary artery. Glasgow med. journal, 1869, p. 179.

MAUCLAIRE. — Clinique sur l'appendicite. Bulletin médical, 30 septembre 1899.

— Infections multiples méta-appendiculaires. Gazette des Hôpitaux, 24 mars 1904.

PETIT. — Thèse de Paris, 1903.

TRIPPIER et PAVIOT. — L'appendicite par infection générale. Semaine médicale, 1899, p. 73.

PIART. — Thèse de Paris, 1896.

STÉLIANIDÉS-PANOS. — Contribution à l'étude des embolies pulmonaires pré-phlébitiques. Thèse de Toulouse, 1901.

PIOT. — Pneumonie et appendicite. Arch. de méd. et pharmacie militaires, août 1904. Paris.

PORTE (R.). — Endocardite, suite d'appendicite. Dauphiné médical, août 1896.

PRUVOST. — Essai sur les manifestations infectieuses de la typhlite latente. Th. de Paris, 1904.

PELLEGIMI. — Phlébite suppurée, compliquant l'appendicite. Riforma medica, 17 août 1904.

POLYA. — Thrombo-phlébite mesaraique. Deutsche med. Wochens, 16-23 février, 2 mars 1905.

RAMSON. — Hémorragie secondaire de l'iliaque externe. Lancet, 6 juin 1903.

SIREDEY. — Formes frustes de l'appendicite chronique Soc. méd. Hôp., 26 novembre 1903.

TIXIER et GAUTHIER. — Appendicite pelvienne. Arch. générales de médecine, 10 mai 1904.

SONNEMBURG. — Complications pulmonaires de l'appendicite. Communication à la Société de Chirurgie de Berlin, 1902.

— Traité de l'appendicite, 1905-1906.

DUJARRIER. — Analyse de l'ouvrage de Sonnemburg.

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite, 1892.

ROUX (de Lausanne). — Revue de la Suisse Romande.

VILLARS. — Société de Chirurgie. Lyon, 1901.

Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Traité d'anatomie de Poirier, t. II.

Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

